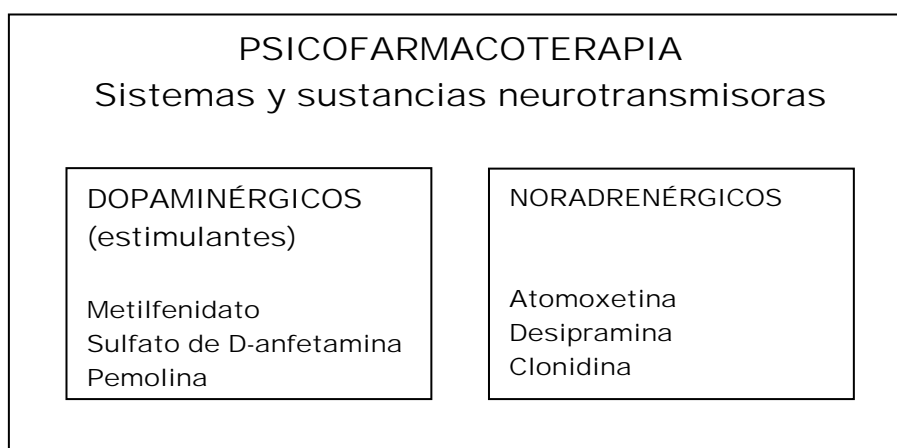


# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO POR HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDAH)

DR. ORIOL LAFAU. COORDINADOR SALUD MENTAL INFANTO-JUNVENIL. PALMA DE MALLORCA.

La farmacoterapia del TDAH se inició en 1937, cuando Bradley describió los efectos de la benzedrina en el comportamiento de los niños. Desde entonces, se ha documentado claramente el papel y la eficacia de los fármacos.



Los estimulantes son el tipo de medicación que se prescribe con más frecuencia para el TDAH. Ha sido demostrada su eficacia en relación al tratamiento de la actividad motora y de la falta de atención. El metilfenidato y la dextroanfetamina son los fármacos estimulantes utilizados con más frecuencia.

Para intentar el tratamiento con metilfedinato se utilizan habitualmente tres dosificaciones: 0,3 mg/kg tres veces al día, 0,6 mg por kg tres veces al día o 1 mg/kg tres veces al día. Sin embargo, es muy raro que la dosis tenga que superar los 20 mg tres veces al día, sea cual fuere el peso del niño. De ser así, esto debe motivar una nueva evaluación del diagnóstico y la respuesta terapéutica. La dextroanfetamina suele administrarse a la mitad de la dosis que el metilfenidato.

La comercialización en España del metilfenidato de liberación continua y por tanto de larga duración ha mejorado en general las ventajas de los estimulantes en cuanto a que es suficiente una toma única al día, pues su efecto dura entre 7 y 12 horas; tiene una liberación bifásica en el tiempo y los efectos son comparables a los de los fármacos de corta duración con múltiples tomas.

La pemolina, que tiene una duración de acción mucho más prolongada, puede administrarse a menudo una vez al día, por la mañana. A diferencia del metilfedinato y de la dextroanfetamina, que tienen un efecto terapéutico en el mismo día, la pemolina puede requerir hasta 3 semanas para producir una respuesta clínica. Esto hace que esta medicación sea más difícil de ajustar de manera individualizada. También hay que destacar que se tienen menos conocimientos sobre los efectos de este fármaco en niños en edad preescolar. La dosis inicial suele ser de 37,5 mg por día. Posteriormente, se ajusta de manera individualizada con aumentos de 37,5 mg/día cada semana, hasta llegar a una dosis de 2 mg/kg/día, pero generalmente sin superar los 112,5 mg/día. A veces puede administrarse por la tarde una segunda dosis de aproximadamente la mitad de la cantidad utilizada por la mañana.

El control de los efectos de las medicaciones estimulantes se basa en el empleo de parámetros fisiológicos y de índices conductuales. Generalmente, estas medicaciones tienen muy pocos efectos secundarios cardiovasculares. Sin embargo, algunos estudios han confirmado las descripciones clínicas aisladas de la aparición de taquicardia o elevación de la presión arterial diastólica. Es prudente efectuar un control de la presión arterial y la frecuencia cardíaca cada vez que se modifica la dosis y al menos cada 6 meses a partir de ese momento. La pemolina se ha asociado a elevaciones de las enzimas hepáticas, y deben revisarse de manera periódica. Habitualmente efectuamos un control de estos parámetros en el primer mes de tratamiento, y luego trimestralmente mientras se realizan modificaciones de la dosis, para pasar luego a dos veces al año.

Los principales efectos secundarios de los estimulantes son la anorexia, el insomnio, el dolor de estómago, la cefalea y los tics.

Debe desmitificarse tanto la creencia muy extendida de que los estimulantes puedan crear efectos de toxicoddependencia en jóvenes (estudios recientes concretan que no sólo no es así sino que estos jóvenes con TDAH tratados con estimulantes reducen notablemente la tasa de dependencia a tóxicos respecto a los no tratados) así como los períodos de descanso.

Estas preocupaciones se han exagerado hasta tal punto que los niños son tratados a menudo de manera insuficiente cuando se omiten dosis o se suspende el tratamiento en los fines de semana o vacaciones. En la actualidad se entiende que el TDAH es un fenómeno generalizado, de base neurobiológica, que no desaparece por la tarde, los fines de semana ni en el verano. Los niños hacen los deberes por la tarde y a menudo necesitan la medicación para concentrarse en sus tareas escolares. Este momento del día corresponde también al de la convivencia familiar, en que el comportamiento perturbador del niño no beneficia en modo alguno al ambiente que le rodea. Experiencias similares se producen los fines de semana. Durante el verano, las relaciones con otros niños constituyen una parte importante del desarrollo infantil. Aquellos que no reciben medicación durante el verano pueden verse privados de la posibilidad de tener interacciones satisfactorias con otros niños. Naturalmente, la intensidad de los síntomas de TDAH debe ser un elemento a tener en cuenta en la decisión de administrar o no un tratamiento farmacológico durante la época vacacional.

En España únicamente se encuentra comercializado el metilfenidato de liberación rápida y de liberación retardada y la pemolina. La dextroenfetamina no es posible encontrarla en la farmacoterapia nacional.

En cuanto a la psicofarmacoterapia del sistema noradrenérgico, los antidepresivos tricíclicos se han prescrito para el tratamiento del TDAH. Su empleo ha disminuido tras la alarma aparecida respecto a una posible toxicidad cardiovascular. Aunque presumiblemente todos los principios activos de este grupo de fármacos son eficaces, la inmensa mayoría de la bibliografía que analiza estos fármacos se ha centrado en el estudio de la imipramina y la desipramina. Existe un consenso general respecto a que con los estimulantes se obtienen mejores resultados en el tratamiento del TDAH, pero los tricíclicos son más eficaces que el placebo para reducir la inquietud y la hiperactividad. Los pacientes que responden mejor a los tricíclicos pueden caracterizarse también por un mayor grado de depresión y ansiedad. Tanto la imipramina como la desipramina se han prescrito a dosis de hasta 5 mg/kg al día. En los niños, la vida media de estas medicaciones puede ser considerablemente más corta que la vida media descrita en los adultos, y esto puede obligar a una administración dos o tres veces al día.

Tras la obtención de un electrocardiograma (ECG) basal, el especialista debe empezar a tratar al paciente con dosis bajas para determinar la tolerancia a la medicación. Dado que algunos niños responden a dosis de tan sólo 10 mg dos veces al día, es mejor evitar inicialmente una posología calculada en función del peso. El peso adquiere más importancia cuando las dosis superan los 2,5 mg/kg/día, dadas las experiencias adversas descritas.

En las situaciones en las que el beneficio aportado por la medicación es elevado, y las medicaciones alternativas no son toleradas, debe considerarse la posibilidad de mantener los tricíclicos tan sólo tras la consulta con un cardiólogo y debe planificarse la realización regular de ecocardiografías.

Pueden producirse efectos secundarios como consecuencia de las propiedades alfadrenérgicas y anticolinérgicas de estas medicaciones. Sin embargo, estos efectos son poco habituales en los niños. Cuando se suspende la medicación, algunos niños experimentan una abstinencia que cursa con molestias abdominales y síntomas de tipo gripal. Probablemente puede reducirse al mínimo este efecto mediante una reducción lenta de la dosis de medicación hasta suspenderla.

El efecto adverso grave más frecuente es probablemente la sobredosis.

Otra alternativa a los psicoestimulantes y también dentro del grupo de los fármacos noradrenérgicos incluye la clonidina. Como medicación antidepresiva, no sólo plantea un riesgo de inducción de hipotensión, sino también el riesgo adicional de una hipertensión de rebote al suspender la administración. No obstante, este fármaco ha pasado a ser un elemento importante del arsenal farmacoterapéutico. Tiene también la peculiaridad bastante poco común de que pueden transcurrir varias semanas hasta que se obtenga un beneficio clínico máximo.

La clonidina se administra mediante un ajuste lento de la dosis. La vida media del fármaco es corta, por lo que es preciso administrarlo con frecuencia. Generalmente se toman 0,05 mg cada 2 o 3 días, hasta alcanzar un máximo de 0,1 mg cuatro veces al día.

El efecto secundario más frecuente de esta medicación es la sedación. Sin embargo, se han descrito otros muchos efectos secundarios, como la retención urinaria y el estreñimiento (efectos secundarios raramente descritos). Debido a los riesgos de hipotensión y de hipertensión de rebote, los niños tratados con este fármaco requieren un control fisiológico estrecho.

La atomoxetina, también un fármaco noradrenérgico, se prevé que se comercialice durante los próximos meses en nuestro país. Se trata de un fármaco en últimas fases de experimentación y que prevé importantes ventajas clínicas en cuanto a posología y efectos secundarios.